



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE (nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA

IL DIRETTORE GENERALE

Sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente Responsabile U.O. Rischio Clinico, che attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

Considerato che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni;

Premesso la Delibera della Regione Puglia del 29 maggio 2017 n.796 pubblicata 19/06/2017 "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'accordo n.137/CU del 16 Dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia", stabilisce che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali implementino la partoanalgesia prioritariamente nei Punti nascita > 1000 parti anno, in quanto prestazione LEA.

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe

DELIBERA

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Che si debba procedere alla codifica del modello operativo di gestione della gestante così come di seguito dettagliato per la procedura:

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **873**

DATA: **14/04/2021**

OGGETTO: **PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-995-2021**

DATA: **09/04/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

**51D7ABADE6380BF8B63824050B891316D37E51ACA
BC02F9BC06B1480DEE9C8AA**

**PROCEDURA AZIENDALE PER LA
PARTOANALGESIA**

**2CDEF03AF59D301DB4CB0BB76E818F6135B8BAD1
B135E6BAB43929868E92CF1C**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE

AOO: **ASL_TA**

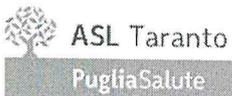
REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **873**

DATA REGISTRO: **14/04/2021**

NUMERO REPERTORIO: **1431**

OGGETTO: **PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA**

	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA	PRIMA EMISSIONE S.S.D MEDICINA LEGALE RISCHIO CLINICO	REVISIONE PROGRAMMATA
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PARTOANALGESIA

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verifica	Approvazione
01.07.2020	<p>Dirigente Medico U.O. Anestesia Rianimazione PO Valle D'Itria Dott.ssa C. Spina</p> <p>Dirigente Medico U.O. Anestesia Rianimazione POC Dott.ssa R. Amodio</p> <p>Dirigente Medico U.O. Ginecologia e Ostetricia POC Dott.ssa M. Porreca</p> <p>Coordinatrice Ostetrica U.O. Ginecologia e Ostetricia POC Dott.ssa G. Caforio</p> <p>Coordinatrice Ostetrica U.O. Ginecologia e Ostetricia POC Dott.ssa G. De Franciscis</p> <p>Rischio clinico Dr. G. Carrozzini Dr.ssa L. Nardelli CPSI Rene Frisoli</p>	<p>Direttore Medico U.O. Anestesia Rianimazione POC Dott. Cacciapaglia</p> <p>Direttore Medico U.O. Ginecologia e Ostetricia POC Dott. Siola</p> <p>Direttore Medico U.O. Anestesia Rianimazione PO San Pio Castellaneta Dott.ssa Dimito</p> <p>Direttore Medico U.O. Ginecologia e Ostetricia PO San Pio Castellaneta Dr. Del Gaudio</p> <p>Direttore Medico U.O. Anestesia Rianimazione PO Valle D'Itria Dott. Rubino</p> <p>Direttore Medico U.O. Ginecologia e Ostetricia PO Valle D'Itria Dr. Tinelli</p> <p>Resp. U.O. Rischio Clinico Dr. Chironi</p>	<p>Direttore Generale ASL TA Avv. S. Rossi</p> <p>Direttore Sanitario ASL TA Dott. V. G. Colacicco</p>

Sommario

1.PREMESSA	2
2.SCOPO E OBIETTIVI.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTI.....	3
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
5.2 VISITA ANESTESIOLOGICA E CONSENSO INFORMATO	4
5.3 RICOVERO E PRESA IN CARICO DELLA GESTANTE	5
5.2.1 INTERAZIONE DELL'ANESTESISTA CON LA PARTORIENTE DURANTE IL TRAVAGLIO	6
5.3 L'ANALGESIA PERIMIDOLLARE.....	7
5.3.1 INDICAZIONI PRATICHE PER L'ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE (CSE) IN TRAVAGLIO DI PARTO	9
5.3.2 SCHEMI POSOLOGICI DI PARTOANALGESIA	12
5.3.3 MONITORAGGIO MATERNO-FETALE.....	13
5.3.4 MODIFICAZIONI DELLA TEMPERATURA CORPOREA.....	14
5.5 GESTIONE DELLE COMPLICANZE.....	14
5.5 PROCEDURE OSTETRICO-ASSISTENZIALI.....	18
6.RESPONSABILITA'	19
ALLEGATO 1	20

1.PREMESSA

La Delibera della Regione Puglia del 29 maggio 2017 n.796 pubblicata 19/06/2017“Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell’Allegato 7 Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto”dell’accordo n.137/CU del 16 Dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia”, Stabilisce che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali implementino la partoanalgesia prioritariamente nei Punti nascita > 1000 parti anno , in quanto prestazione LEA.

Con questo documento si intende offrire uno spunto di lavoro comune, per favorire , nell’ottica di un miglioramento della sicurezza Materno - infantile, osservazioni ed esperienze professionali da condividere.

2.SCOPO E OBIETTIVI

L'obiettivo del protocollo è di definire il percorso e le modalità di accesso alla Partoanalgesia alle donne che ne facciano richiesta, il ruolo degli operatori sanitari coinvolti, nonché i protocolli operativi della stessa partoanalgesia, comprese le condotte riguardanti eventi indesiderati correlati alla pratica.

Lo scopo è di garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe del medesimo presidio ospedaliero in cui si eroga la partoanalgesia, e tra le equipe del P.O.C, Santissima Annunziata Taranto, P.O. San PIO di Castellaneta e P.O. Valle d'Itria, Martina Franca.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo aziendale viene applicato nei blocchi travaglio-parto delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia del P.O.C, Santissima Annunziata Taranto, P.O. San Pio di Castellaneta e P.O. Valle d'Itria, Martina Franca della ASL Taranto, nei giorni feriali e festivi, con copertura del servizio nelle 24 ore, senza interruzione. La presente procedura si applica a tutte le pazienti gravide, che ne facciano richiesta.

4.RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTI

Conferenza Stato Regioni n.137/CU	Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto	16 Dicembre 2010
Delibera Regione Puglia n. 796	“Approvazione del protocollo regionale per la parto analgesia”	19/06/2017
Gruppo di studio SIAARTI di Anestesia e Analgesia Ostetrica	Indicazioni per le Unità di Anestesia Ostetrica	2015
SIAARTI di Anestesia e Analgesia Ostetrica	Indicazioni per la gestione Anestesiologico-Rianimatoria dei pazienti con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2 (Covid-19) nel peripartum	Versione 01 26/03/20
Task Force on Obstetrical Anesthesia	Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia. American Society of Anesthesiologists,	2017
Delibera Regione Puglia n. 882	Approvazione del PDTA della Regione Puglia, di	15/05/2019

	accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza modifiche e integrazioni	
WHO recommendations	Intrapartum care for a positive childbirth experience	2018
ASL BARI	Procedura Aziendale per la Partoanalgesia	Delibera n. 0667 del 10 aprile 2019

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1 INFORMAZIONE ALLA GESTANTE

Partorire con analgesia deve essere una scelta consapevole ed informata della gestante.

In tal senso, fermo restando la comunicazione diretta con la gravida all'interno della struttura ospedaliera, è in fase di attuazione nella ASL Taranto una modalità di informazione più ampia attraverso il sito ufficiale della ASL Taranto, accessibile all'utenza. Si prevede la possibilità di informare la gestante attraverso la consultazione di un video che illustra la tecnica e i relativi vantaggi e le possibili complicanze. Sarà poi possibile scaricare dal sito un modulo che dettaglia le informazioni soprariportate e un questionario di autovalutazione dello stato di salute che la gravida produrrà durante la visita anestesiologicala.

Inoltre si prevede la possibilità di stampare delle brochure informative che saranno successivamente distribuite sul territorio (studi di MMG/consultorio) e presso il Centro Donna.

5.2 VISITA ANESTESIOLOGICA E CONSENSO INFORMATO:

La visita Anestesiologicala potrà essere effettuata partire dalla 34^a settimana ed estesa a tutte le gestanti che richiedono l'esecuzione di analgesia perimidollare. Nel caso di gravidanza a basso rischio si fissa come limite la 37^o settimana per programmare ed effettuare gli incontri informativi sull'assistenza durante il parto e per avviare la donna all'ambulatorio della gravidanza a termine presso il Punto Nascita ove intende partorire.

Tutte le gestanti che eseguono il pre-ricovero saranno informate dal personale medico della Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia della struttura ospedaliera cui afferiscono, della presenza di un servizio di partoanalgesia e della possibilità di poterne usufruire. In relazione alla libera scelta della partorientente sarà predisposto il colloquio e la visita con l'anestesista.

In tale circostanza l'anestesista avrà cura di fornire informazioni chiare e dettagliate sull'analgesia perimidollare durante il travaglio ed il parto spontaneo. In particolare, tali informazioni comprendono i possibili benefici per la madre ed il feto, le controindicazioni nonché le eventuali complicanze. La gestante dovrà esibire tutti gli accertamenti laboratoristici eseguiti in gravidanza, nonché tutta la documentazione relativa ad ulteriori accertamenti relativi a patologie pregresse o concomitanti allo stato di gravidanza.

Ai fini dell'esecuzione dell'analgesia perimidollare è necessario acquisire referto relativo a ECG, esame emocromocitometrico (con conta delle piastrine), assetto coagulativo (TAP, PTT, AT III e fibrinogeno) e profilo chimico di base compreso emogruppo sanguigno con fattore Rh e HbsAg e anti-HCV. È possibile

eseguire tali indagini durante il prericovero. In ogni caso e con particolare riferimento all'assetto coagulativo, ai fini dell'esecuzione del blocco perimidollare, dovranno essere considerati esami non più datati di 30-40 giorni, posto che se non vi siano state modificazioni dello stato di salute e eventuali terapie.

L'anestesista provvederà a redigere su apposito modulo, allegato nella cartella clinica, le valutazioni relative allo stato di salute della gestante e l'esito della visita anestesiologicala, riservandosi di indicare ulteriori approfondimenti diagnostici ritenuti necessari dopo la visita. Unitamente al suddetto modulo sarà necessario allegare in cartella clinica il consenso informato alla procedura. La paziente può esprimere parere favorevole o in alternativa una riserva per esecuzione della parto-analgesia al momento del travaglio (considerando che in tale circostanza il consenso informato ha piena validità). In entrambi i casi è necessaria la sottoscrizione da parte della paziente.

Durante i periodi di emergenza sanitaria (*Emergenza COVID 19*), occorrerà programmare la visita ambulatoriale nel rispetto delle misure di sicurezza, garantendo uguali livelli di prestazioni e qualità.

5.3 RICOVERO E PRESA IN CARICO DELLA GESTANTE

Al momento del ricovero l'ostetrica controlla se la donna ha eseguito la visita anestesiologicala e inserisce in cartella, ove non sia stato già fatto, la valutazione anestesiologicala e il modulo di consenso informato. Qualora la gestante non sia stata visitata all'atto del prericovero, si valuta l'opportunità di eseguire la visita al momento del ricovero, contattando, previo assenso del medico ginecologo, l'anestesista di guardia. È consigliato che la valutazione anestesiologicala si esegua prima della fase attiva del travaglio, fermo restando l'assunto che il consenso informato acquisito durante il travaglio è assolutamente valido. In circostanze specifiche, quindi, qualora sussistano le condizioni cliniche e psicologiche particolari (MEF, travaglio particolarmente doloroso) si può far firmare il consenso estemporaneamente, sia su richiesta materna che su indicazione ginecologica.

L'anestesista ricevuta la richiesta di analgesia peridurale in corso di travaglio di parto e verificate le condizioni della paziente inizia la procedura quanto prima, a meno di altre urgenze in atto.

Il ginecologo è il responsabile dell'andamento del travaglio e del parto e l'analgesia deve essere iniziata su indicazione dello stesso e condotta in stretta collaborazione con l'equipe medico-ostetrica.

Il responsabile della procedura clinica anestesiologicala, per quanto concerne le competenze specifiche e per tutta la durata della stessa, è l'anestesista. L'anestesista verifica con il ginecologo la presenza di condizioni di sicurezza materna e fetale che consentano l'avvio in sicurezza della procedura. Le motivazioni della non esecuzione/sospensione della procedura devono essere concordate e riportate in cartella clinica, contemporaneamente i medici ne danno informazione alla paziente.

La comunicazione tra i componenti dell'equipe è fondamentale, perché consente di valutare l'andamento del travaglio ed intercettare precocemente eventuali criticità che possano insorgere. L'interruzione dell'analgesia può essere considerata in presenza di complicanze materne e/o fetali che richiedano una differente gestione delle criticità emergenti in gestione condivisa tra ginecologo, anestesista e ostetrica.

Una volta iniziata, l'analgesia non può essere interrotta se non in presenza di complicanze materne e/o fetali che richiedano l'espletamento del parto in tempi rapidi e su indicazione del ginecologo. L'anestesista adeguatamente informato di tali criticità provvede ad attuare le necessarie procedure per poter attuare un rapido intervento.

A tal proposito si ribadisce la necessità, in caso di fallimento della procedura, di ricorrere ad audit ed incontri nel corso dei quali si esamini il caso clinico e si evidenzino le eventuali criticità del percorso attuato, allo scopo di prevenire le stesse, ove possibile.

Le azioni necessarie da porre in essere per garantire la sicurezza materno-fetale si riassumono nei successivi punti:

- Informazione (corsi pre-parto con eventuali brochure informative).
- Colloquio con la paziente, visita anestesiologicala e modulo di consenso dovrebbero essere eseguiti all'atto del prericovero, in modo tale da valutare e eventualmente correggere criticità che potrebbero compromettere il buon esito della procedura;
- Standardizzazione delle procedure e dei protocolli terapeutici, che devono essere approvati dai responsabili del servizio e dalla direzione sanitaria.
- Controllo attento e scrupoloso delle apparecchiature.
- Compilazione attenta e scrupolosa della cartella clinica e dei registri anestesiologicali di sala parto in modo tale da prevenire eventuali complicanze correlate ad una inadeguata comunicazione.
- Continuo e costante aggiornamento attraverso corsi, congressi e seminari da parte del personale sanitario che si occupa di partoanalgesia.
- Audit clinici per la verifica della qualità erogata e delle performance individuali, sulla base degli indicatori previsti dalla Delibera Regionale n.796 ovvero:
 - numero di travagli in epidurale/travagli effettuati;
 - parti vaginali con assistenza farmacologica/ totale parti;
 - TC in urgenza in corso di epidurale/ totale epidurali;
 - parti vaginali/ visite anestesiologicalhe;
 - numero complicanze/ totale epidurali;
 - numero donne soddisfatte/totale per tipologia di tecnica.

5.2.1 INTERAZIONE DELL'ANESTESISTA CON LA PARTORIENTE DURANTE IL TRAVAGLIO.

Le persone con le quali viene a contatto l'anestesista in sala parto non sono "pazienti" ma "partorienti", donne solitamente sane che desiderano espletare il parto in sicurezza e serenità.

L'anestesista si trova ad operare in un ambiente particolare dove il fine ultimo non è la guarigione dalla malattia ma la nascita di un bambino, un evento denso di implicazioni psicologiche ed emotive.

Preliminarmente all'esecuzione della procedura è necessario controllare il consenso informato e nel caso mancasse, ottenerlo al più presto, dando nel contempo tutte le informazioni possibili.

È buona norma identificare la propria partoriente, presentarsi e qualificarsi con cognome e nome rivolgendosi sempre con cortesia dando del Lei, così come è importante porre particolare attenzione al rispetto della persona, provvedendo all'attuazione di una serie di azioni quali:

- coprire la paziente prima delle procedure anestesiologicalhe e chirurgiche;
- mantenere sempre un contatto verbale durante e dopo l'anestesia;
- utilizzare un linguaggio consono al luogo considerando che sia la donna che il marito non sempre sono in grado di interpretare correttamente ciò che per noi è routine;
- spiegare anticipatamente tutte le procedure che si stanno adottando allo scopo di preparare al meglio la donna, che anche se consenziente, potrebbe vivere come un'invasione all'interno del proprio corpo (aghi, monitoraggi, cannule, apparecchiature) quanto si sta eseguendo;

- istruire anche i futuri papà sulle disposizioni vigenti in termini di controllo delle infezioni e modalità di accesso in sala parto.

Si specifica che la paziente può assumere pasto leggero fino all'avvio della fase della fase attiva del primo stadio (periodo dilatante)

5.3 L'ANALGESIA PERIMIDOLLARE.

Nell'avviare un blocco perimidollare è buona norma mantenere sempre un contatto verbale amichevole e rassicurante con la partoriente e con il futuro papà, il quale comunque va invitato ad uscire dal box durante la procedura.

Si rimanda alle disposizioni aziendali le modalità di accesso della persona indicata dalla paziente.

Prima dell'esecuzione del blocco perimidollare, provvedere a monitoraggio materno e fetale e a sospensione dell'infusione di ossitocina, se in corso. Il monitoraggio materno (PA, FC, SaO₂) e fetale (CTG) dovrà essere protratto per circa 20-30 minuti dopo l'esecuzione del blocco perimidollare, salvo diversa indicazione medica. Non è necessario ricorrere a pre-idratazione.

L'anestesista esegue il blocco servendosi dell'apposito carrellino con la collaborazione di una ostetrica e rispettando le norme di sterilità e asepsi.

È necessaria adeguata disinfezione della cute con soluzione di iodopovidone o clorexidina in soluzione alcolica 2% e la delimitazione del campo con telini sterili. Utilizzare il filtro antibatterico sul cateterino epidurale anche durante le prove di aspirazione.

È consigliato che non intercorra troppo tempo tra il momento della richiesta di un'analgia perimidollare o di un rifornimento perché il dolore e la situazione ostetrica si potrebbero modificare.

Controllare la partoriente nei 10 minuti seguenti il top up perimidollare ed essere **presenti** al momento del parto.

L'analgia deve essere compatibile con la capacità di deambulazione della paziente e con i cambi di posizione durante le varie fasi del travaglio, garantendo di fatto anche il parto in posizione libera.

I possibili vantaggi della deambulazione durante il travaglio sono: aumento dell'attività uterina, diminuzione del dolore, minore durata del primo stadio del travaglio, ridotta incidenza di anomalie del battito cardiaco fetale e di parti operativi, minor ricorso all'ossitocina, maggiore soddisfazione materna. Qualora si manifestassero dolori importanti, nonostante l'analgia, dopo aver verificato il corretto posizionamento del cateterino epidurale, considerare assieme all'ostetrica e al ginecologo eventuali problematiche del travaglio (vizi anatomici, distocie, rottura d'utero) che l'analgia non coprirebbe.

L'anestesista provvederà alla compilazione della cartella anestesologica relativa alla procedura di partoanalgesia, mentre il ginecologo e l'ostetrica provvederanno alla compilazione del partogramma.

Ai fini dell'analisi annuale relativa alle procedure di partoanalgesia si ritiene necessaria la compilazione di un registro *peridurali antalgiche* con indicazione dell'esito della percorso: parto spontaneo, taglio cesareo e di eventuali complicanze e posizione della fase espulsiva (posizione litotomica, laterale, carponi, etc.).

I stadio - Fase latente e periodo dilatante

La fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara.

La fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara (Raccomandazione n°5 OMS).

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia, la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara (Raccomandazione n°6 OMS).

Per iniziare un'analgesia perimidollare non è necessario raggiungere una determinata dilatazione cervicale ma è **sufficiente che il travaglio sia avviato** intendendo la presenza di almeno tre contrazioni in 10 minuti della durata di 40 secondi percepite come dolorose.

In ogni caso si garantisce la procedura anche in assenza dei suddetti criteri ma in presenza di richiesta specifica da parte della gestante relativa alla difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa correlata a contrazioni uterine anche sporadiche.

È opportuno il monitoraggio del travaglio e l'efficacia della partoanalgesia mediante l'utilizzo della scala BISHOP e del VAS (allegato 1) che faciliterà le scelte terapeutiche ostetriche e anestesilogiche nel corso della procedura.

Nella prima fase del travaglio al fine di ottenere una buona analgesia è necessario un blocco delle fibre C non mielinizzate con soluzioni di anestetico locale a bassa concentrazione. All'inizio del primo stadio del travaglio, quando la testa non è ancora impegnata, possono essere impiegati solo i farmaci oppioidi.

Il collo uterino possiede una innervazione simpatica che lo rende sensibile agli effetti dell'analgesia perimidollare che favorisce la dilatazione cervicale se la testa fetale è impegnata.

Durante la seconda fase del travaglio, invece, le fibre nervose da bloccare sono rappresentate dalle A-delta: ciò giustifica l'utilizzo di anestetico locale.

Nella grande maggioranza dei casi è utilizzata l'associazione oppioide-anestetico locale. Infatti, l'aggiunta di un oppioide (sufentanil) all'anestetico locale determina una riduzione del tempo di latenza, prolunga ed intensifica l'analgesia, riduce il dosaggio totale di anestetico locale, aumenta la sicurezza in caso di iniezione intravascolare o subaracnoidea accidentale, e permette una ottima analgesia con un blocco motorio minimo o assente. Questa associazione non è correlata con effetti collaterali materni e/o fetali se non con un modesto e transitorio prurito.

Va tenuto presente che l'analgesia perimidollare mantiene o aumenta lievemente la dominanza fundica, cioè il gradiente di pressione tra fondo e segmento inferiore dell'utero, per cui può determinare un transitorio aumento del tono uterino di base. Per questo motivo la somministrazione di ossitocina deve essere sospesa 20 minuti prima se in corso e riavviata dopo 30 minuti dall'analgesia perimidollare. Qualora si osservasse ipertono uterino e conseguente bradicardia fetale, intraprendere le manovre di rianimazione in utero (porre in decubito laterale sinistro, effettuare bolo di cristalloidi come Ringer Lattato nella misura di 200/ 300 ml in bolo rapido tale da indurre produzione di Ormone Natriuretico e ridurre il tono uterino).

Qualora tale situazione non si risolva in pochi minuti può rendersi necessaria la somministrazione di:

- *Atosiban 1 fiala in bolo ev (prima scelta);*
- *Ritodrina (Miolene) fiale da 50 mg/5ml
2 fiale in 500 ml 48ml/h o 20 gtt al minuto(seconda scelta);*
- *Nitroglicerina fiale da 5 mg/ml
1 fiala in 250 ml con Fisiologica 4- 5 ml in bolo (terza scelta).*

Non somministrare Ossigeno né Glucosio EV (per non incrementare l'acidosi fetale).

II stadio –periodo espulsivo

La seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive. La durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore (in assenza di partoanalgesia).

Invece, in corso di partoanalgesia è condivisa una durata del periodo espulsivo pari a 4 ore nella primigravida e tre ore nella pluripara.

Durante il secondo stadio del travaglio l'analgisia non interferisce con i meccanismi di discesa e di rotazione della testa fetale, lasciando alla partoriente la sensazione del riflesso di spinta e di pressione perineale. L'integrità e la conservazione di queste sensazioni sono segni indiretti dell'assenza di blocco motorio dei muscoli perineali e consentono la collaborazione della partoriente nella fase finale del travaglio. In pratica, se si è mantenuta una buona analgesia per tutto il travaglio, il passaggio dal *I stadio* al periodo espulsivo è avvertito dalla donna come la trasformazione della sensazione (non dolorosa) di contrazione addominale in sensazione (fastidiosa) di pressione sul retto. Nel caso che l'analgisia si esaurisca in questa fase, e cioè prima che sia avvenuta la rotazione della testa fetale, occorre fare molta attenzione a prevenire il dolore prima che diventi troppo forte e si rendano quindi necessarie dosi più elevate di anestetico locale che potrebbero determinare una transitoria ipotonia del pavimento pelvico. In questo modo è possibile controllare il dolore del secondo stadio agevolmente con basse concentrazioni di anestetico locale. È fondamentale che l'anestesista abbia un'ottima conoscenza dei tempi e delle modalità di discesa e di rotazione della testa fetale per poter intervenire correttamente in caso di dolore in questa fase del travaglio. Non si deve far esaurire l'effetto analgesico, nell'errata convinzione che l'analgisia perimidollare possa interferire con la rotazione della testa fetale.

Nel secondo stadio del travaglio le spinte volontarie della partoriente non vanno incoraggiate fino a quando non vi è la percezione del premito.

In presenza di alterazioni cardiocografiche indicative di adattamento fetale sarà valutata la condotta più adeguata per il caso specifico.

Se non intervengono alterazioni cardiocografiche indicative di sofferenza fetale tali da consigliare un intervento strumentale od operativo d'urgenza, il secondo stadio deve essere caratterizzato dall'osservazione della progressione della parte presentata che nella primipara può durare fino a **quattro ore**. La diagnosi di mancata progressione della parte presentata può essere posta dopo tale limite temporale.

Si ribadisce che l'analgisia peridurale non deve interferire con la possibilità di assumere posizioni libere, con la deambulazione e soprattutto con la capacità di spinta. Ecco perché si pone molta attenzione alla percezione di premito riferito dalla partoriente. La minzione deve essere conservata anche se nella fase finale può essere compromessa anche dalla presenza della testa fetale.

5.3.1 INDICAZIONI PRATICHE PER L'ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE (CSE) IN TRAVAGLIO DI PARTO

Controllare la cartella anestesiologicala ed il consenso	compilare sempre ed accuratamente i documenti pertinenti
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

<p>Informare la partoriente della procedura che si sta per intraprendere</p> <p>Valutare il dolore mediante scala VAS</p> <p>Chiedere al ginecologo/ostetrica la Valutazione BISHOP</p>	
<p>Posizionare un ago cannula 18G. Non è necessaria pre-idratazione</p>	<p>Troppi liquidi (SF) possono ridurre le contrazioni uterine e determinare globo vescicale.</p>
<p>Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto o in posizione seduta</p>	<p>In decubito laterale vi è minor pressione liquorale e la dura è meno tesa (minor incidenza puntura durale accidentale), le vene epidurali sono meno congeste (minor incidenza puntura vascolare accidentale), è prevenuta la compressione aortocavale ed è più facile il monitoraggio fetale.</p>
<p>Monitorizzare la partoriente con SaO₂ e PA</p>	<p>In assenza di ipotensione materna è sufficiente un monitoraggio di 10-15 min.</p>
<p>Preparare il carrello con il campo sterile già predisposto</p>	
<p>Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente</p>	<p>Mentre il disinfettante agisce, l'anestesista può prepararsi i farmaci da somministrare risparmiando sui tempi di esecuzione.</p>
<p>Materiali :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 set da Peridurale -1 ago Whitacre 25-27G) ; - Campo sterile composto da 1 siringa da 20 ml 2 siringhe da 5 ml una con ago ipodermico per A.L. e una per l'analgesia 1 ago ipodermico 22 G 1 telo monouso sterile 1 telo monouso sterile con striscia adesiva sul lato lungo compresse di garza piccole -1 fiala di Ropivacaina 0,2% (10 ml) o di Levobupivacaina 0,25% (10 ml) -Sufentanil 1mcg/ml ** 	<p>La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica.</p> <p>Per non confondere le due siringhe da 5 ml una utilizzata per l'anestesia locale e l'altra per la spinale porle in due lati opposti del campo e quella per l'A.L. con l'ago ipodermico</p> <p>La diluizione dei farmaci deve essere eseguita esclusivamente dall'anestesista in modo sterile e identificando le siringhe con etichette con estrema attenzione per evitare di somministrare concentrazioni errate di farmaci in sub aracnoidea, subdurale o intravascolare, conoscendo i primi segnali di sovradosaggio o errata via di somministrazione(sopore, tinnito, sapore metallico, bradicardia spinta, aritmie, shock, arresto respiratorio, convulsioni, arresto cardiaco)</p> <p>Gli infermieri e le ostetriche andranno formati ripetutamente su tali complicanze per un immediato riconoscimento da parte di tutta l'equipe coinvolta.</p>

<p>-1 cerotto sterile</p> <p>**Preparare la soluzione con 1 ml di Sufentanil (50 mcg) e diluire a 10 ml con SF (5mcg/ml) Diluire nuovamente con 1 ml di questa soluzione a 5 ml con SF (1mcg/ ml)</p>	
<p>Dopo aver invitato il marito ad uscire, eseguire il blocco, previa anestesia locale, con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido .</p> <p>Inserire ago Whitacre nell'ago di Tuohy fino ad avvertire il caratteristico click. Dopo la rimozione dello stiletto iniettare la dose spinale.</p> <p>Inserire il cateterino e posizionarlo in modo tale che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale .</p> <p>Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso ed iniettare lentamente la dose terapeutica di anestetico locale e di oppioide .</p> <p>Fissare il cateterino, posizionare la partoriente in posizione supina, avendo cura di sollevare la testiera del letto con un' inclinazione di circa 30°, e spiegarle gli effetti di ciò che si è fatto.</p> <p>Monitorizzare CTG</p> <p>Dopo 10 minuti ricontrollare l'analgesia (VAS), i parametri materni, gli eventuali effetti collaterali, il CTG, e valutare se la partoriente può deambulare.</p>	<p>Con la tecnica LOR con mandrino liquido si ha una minor frequenza di puntura durale accidentale, minor incidenza di analgesia a chiazze, prevenzione del pneumoencefalo etc .</p> <p>L'eccessivo inserimento del cateterino può determinare analgesia monolaterale.</p> <p>E' meglio iniettare l'anestetico prima e fissare il cateterino dopo, in modo da ridurre il tempo di latenza e per verificarne il corretto posizionamento, infatti questa rappresenta la dose test.</p> <p>Qualora si verificassero parestesie o blocco motorio posso considerare il cateterino in sede subaracnoidea</p> <p>Criteri per la deambulazione in analgesia perimidollare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blocco efficiente - Assenza di ipotensione posturale - Romberg negativo - Assenza di blocco motorio - Presenza di un accompagnatore
<p>Informare la partoriente sulla durata dell'analgesia</p>	<p>Rabbocchi ogni ora, se in perfusione ossitocica altrimenti ogni 90-120 minuti mantenere VAS 40/ 50</p>

5.3.2 SCHEMI POSOLOGICI DI PARTOANALGESIA

ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE (CSE) IN TRAVAGLIO DI PARTO

NULLIPARA					
Dilatazione cervicale (cm)	Posizione della testa	Dose Intratecale		Dose Epidurale	
		Farmaco e dose	Volume	Farmaco e dose	Volume
prodromi	-3	Sufentanil 1.5mcg/2.5mcg	5 ml	Sufentanil 2,5 mcg	5 ml
2 - 3	-2/-1	Sufentanil 1.5 mcg /2 mcg + Ropivacaina 0.02-0,04% o Levobupivacaina 0,02-0,04%	5 ml	Ropivacaina 0.05% - 0.10% o Levobupivacaina 0.05% - 0.0625%	5ml
3 - 5	-1	Ropivacaina 0.02-0,04% o Levobupivacaina 0,02-0,04% + Sufentanil 1,5 mcg /2 mcg	5 ml	Ropivacaina 0.05% - 0.10% o Levobupivacaina 0.0625%	10-15 ml
> 6	-1	Ropivacaina 0.05% - 0.06% o Levobupivacaina 0.03% - 0.04% + Sufentanil 1,5 mcg /2 mcg	5 ml	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0.125%	10-15 ml
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05%	5 ml	Ropivacaina 0,10-0,15% o Levobupivacaina 0,125%	10-15 ml

Se necessario, aggiungere sufentanil 10-15 mcg in peridurale, dopo il primo top up

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 – 7 ml di Mepivacaina o Lidocaina 1-1.5% per l'analgia perineale o per l'episiotomia/raffia.

PLURIPARA

Dilatazione cervicale (cm)	Posizione della testa	Dose Intratecale		Dose Epidurale	
		Farmaco e dose	Volume	Farmaco e dose	Volume
3 – 4	-2/-1	Sufentanil 1,5mcgg/2mcg + Ropivacaina 0.02-0,04% o Levobupivacaina 0.02-0,04%	5 ml	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0.0625%	5 ml
6 – 7	-1	Sufentanil 1.5 mcg /2 mcg+ Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05%	5 ml	Ropivacaina 0.10-015% o Levobupivacaina 0.0125%	10-15 ml
Dilatazione completa	-1/0	Sufentanil 1.5 mcg /2 mcg +Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05%	5 ml	Ropivacaina 0,10- 0,015% oLevobupivacaina0,012 5%	10-15 ml

Se necessario, aggiungere sufentanil 15-20mcg in peridurale, dopo il primo top up.

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 – 7 ml di Mepivacaina o Lidocaina 1-1.5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

Conversione dell' analgesia ad anestesia per taglio cesareo

In urgenza: lidocaina2% +sodiobicarbonato1ml (eventuale aggiunta di sufentanyl) somministrata in epidurale a boli refratti fino al raggiungimento di un livello anestetico adeguato (T4), solitamente 10-15 ml; in alternativa: levobupivacaina 0,5% o ropivacaina 0,75% (eventuale aggiunta di sufentanyl) somministrate in epidurale a boli refratti fino al raggiungimento del livello anestetico adeguato, solitamente 10-15 ml.

5.3.3 MONITORAGGIO MATERNO-FETALE

Considerare eventuale terapia con anticoagulanti o antiaggreganti e ultima somministrazione rispetto all'esecuzione della procedura (intervallo 12 ore).

Prima, durante e nei successivi 15-20 minuti dal blocco monitorare frequenza cardiaca materna e SaO₂, frequenza cardiaca fetale, pressione arteriosa materna.

La deambulazione della paziente durante il travaglio e dopo l'esecuzione del blocco deve avvenire quando siano soddisfatti i seguenti criteri:

- analgesia soddisfacente
- presenza di un cardiocogramma normale
- assenza di ipotensione posturale
- abilità a camminare (step-test)
- test di Romberg negativo
- assenza di blocco motorio degli arti inferiori

La rimozione del catetere peridurale è frutto di una decisione condivisa con il ginecologo (anche in eventuali necessità chirurgiche: come possibile revisione della cavità uterina, rimozione di zaffo uterino, episiotomia indaginosa) oltre che dell'orario dell'eventuale terapia anticoagulante.

5.3.4 MODIFICAZIONI DELLA TEMPERATURA CORPOREA

L'Analgesia peridurale può aumentare la temperatura corporea di qualche grado ciò non deve far sottostimare l'iperpiressia e gli esami diagnostici da far effettuare nel caso di sintomatologia (Febbre, brividi, diarrea o vomito, Rash cutaneo, dolore addominale o pelvico, perdite vaginali maleodoranti, pPROM, tamponi vaginali positivi o fattori di rischio anche **virologico (screening accurato delle gravide per contatti stretti con persone positive a Covid-19 o probabili esposizioni)**)

Si rammenta che la sepsi nello scenario nazionale è la quarta causa di morte materna, dopo emorragia, disordini ipertensivi, trombosi, con una percentuale del 4,8% e che solo con il riconoscimento precoce e il suo trattamento si previene la mortalità. (Notiziario ISS. La sorveglianza della mortalità materna in Italia: Validazione del Progetto Pilota e prospettive future.)

Quick Sofa:

- Obnubilamento del sensorio
- Tachipnea > 22 al minuto
- Ipotensione < 100 mmHg PAs.

Con questi tre sintomi si è autorizzati a porre il sospetto di sepsi. Ricercare danno d'organo: Esami ematochimici, EGA (acidosi con ipocapnia, lattati > 2 mmol/L Emocolture, terapia empirica precoce e terapia volemica importante (30ml/kg/h) controllando segni di eventuale stasi.

Singer M. et al The third Consensus Definition for sepsis and septic Shock. JAMA. 2016 Feb 23; 315 (8):801-10

5.5 GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Le complicanze in corso di analgesia peridurale sono distinte in precoci e tardive.

PRECOCI:

Le complicanze precoci sono legate a problemi o difficoltà nella fase di posizionamento del catetere peridurale. Sono rappresentate dalla **puntura durale accidentale** con l'ago da peridurale, oppure dal posizionamento del catetere peridurale al di fuori dello spazio previsto, con rischio di iniezione di farmaci in un vaso peridurale, che si associa a complicanze neurologiche e cardiovascolari da rapido assorbimento degli anestetici locali (cardio-tossicità, neuro-tossicità), oppure nello spazio subdurale o in quello subaracnoideo, con estensione del blocco anestetico verso le zone più alte del midollo spinale e dell'encefalo (anestesia spinale totale).

È indispensabile prevenire la tossicità sistemica da anestetici locali, verificando il mancato reflusso spontaneo, ovvero l'aspirazione di sangue dal catetere peridurale, sia in fase di posizionamento sia in corso di ogni

singolo utilizzo successivo. La somministrazione di farmaci per via peridurale deve avvenire lentamente, in corso di boli refratti e mantenendo sempre un contatto visivo e verbale con la gravida, per identificare precocemente segni e sintomi di tossicità sistemica (agitazione, pallore, intorpidimento, diplopia, dolore precordiale, sapore metallico fascicolazione e tremori).

Il trattamento della tossicità sistemica prevede:

- Supporto delle funzioni vitali;
- Trattamento delle convulsioni;
- Somministrazione di Intralipid al 20% (sempre disponibile nel blocco travaglio-parto).

Tra le complicanze tardive può comparire cefalea, di durata variabile da pochi giorni a qualche settimana, per puntura accidentale della dura in corso di esecuzione della partoanalgesia,

Sempre tardivamente, possono comparire lombalgia, ematoma spinale o peridurale, alterazioni neurologiche transitorie o permanenti, e fenomeni infettivi/inflammatori, quali meningiti e ascessi spinali/ peridurali legati a contaminazione meningea.

PUNTURA ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE

Si tratta di una complicanza che deve essere illustrata all'atto della visita anestesiológica.

Si pone diagnosi, dopo puntura accidentale con ago di Tuohy 16-18 G, con la fuoriuscita di liquor dal cono dell'ago e test di aspirazione del cateterino positivo per liquor.

AZIONI

- **Non rimuovere l'ago**, ma procedere a occlusione del cono per evitare eccessiva deliquorazione.
- Somministrare lentamente 10ml di soluzione fisiologica, sempre pronta sul carrello, nello spazio subaracnoideo;
- Introdurre il cateterino epidurale in sede subaracnoidea.
- Confermare prima del fissaggio, il corretto posizionamento del cateterino e fissarlo attentamente onde evitare una dislocazione accidentale.
- Somministrare terapia antibiotica profilattica.

Se analgesia in travaglio:

- somministrare Ropivacaina 1 mg (Levobupivacaina 1,5-2 mg), Sufentanil 1.5 μ g/2 μ g e soluzione fisiologica in un volume totale di 5 ml (primo stadio);
- alla comparsa del dolore, in base alla situazione ostetrica, successive dosi di Ropivacaina 2 mg (Levobupivacaina 2 mg) in 5ml di soluzione fisiologica (vedi tabella);

Se anestesia per TC:

- somministrare Ropivacaina 8 mg, sufentanil 1.5 μ g/2 μ g Morfina 50/100 μ g in un volume di 5ml.

Al termine della procedura chirurgica o del parto spontaneo procedere come segue:

- connettere pompa elettronica (contenente soluzione fisiologica) al cateterino subaracnoideo in modalità infusione continua alla velocità di 2.5 ml/h per 36 ore;
- prima della rimozione del cateterino somministrare 10 ml di soluzione fisiologica;
- effettuare, dopo 6-12-24 ore ed alla rimozione del cateterino, esame obiettivo neurologico e valutare l'eventuale presenza di cefalea posturale, rachialgia, tensione meningea, sintomi associati (vertigini, ipoacusia, diplopia);

- invitare la partoriente all'assunzione di liquidi (in particolare sostanze contenenti caffeina)

Se insorge cefalea, con le caratteristiche tipiche della PDPH, si mette in atto terapia conservativa con riposo a letto (decubito supino), assunzione di liquidi e caffeina, somministrazione di FANS (Elastomero 50 ml e.v. 2ml/h per 24h contenente: Ketorolac 90 mg, Morfina 5mg). Esomeprazolo 40 mg Ondansetron al bisogno, desametasone 8 mg x 2 e valutazione neurologica ogni 12h. Proseguire l'antibiotico terapia.

Compilare la scheda di sorveglianza specifica.

CEFALEA POST-PUNTURA DURALE ACCIDENTALE E PROTOCOLLO PER IL BLOOD PATCH

Indicazioni: cefalea tipica che persiste oltre 48 ore dall'esecuzione della peridurale nonostante la terapia medica adeguata

<p>Ogni caso di puntura durale accidentale con ago di Tuohy va segnalato al Responsabile dell'Analgesia Ostetrica</p> <p>L'anestesista che ha avuto la complicità informerà la paziente della problematica accorsa e darà consegne accurate al reparto e ai colleghi. Assieme al Responsabile valuterà, il follow-up, la prevenzione e la terapia della cefalea.</p>	
<p>Informare la paziente della procedura che si sta per intraprendere ed ottenere il consenso scritto</p> <p>Incannulare una vena del braccio ed iniziare un'infusione e.v. di Ringer Lattato contenente 2 gr di Cefotaxime (o un altro tipo di antibiotico se allergia)</p>	<p>Escludere eventuali controindicazioni alla procedura (infezione - sepsi - febbre). Eseguire il patch preferibilmente dopo 2 gg dal parto (batteriemia postpartum)</p> <p>Il blood patch è una procedura che richiede 2 anestesisti, una sala operatoria (sala operatoria cesarei), una infermiera/ostetrica e una tecnica rigorosamente sterile.</p>
<p>Monitorizzare la paziente con ECG, SaO₂, PA e notare i valori basali</p>	<p>Controllare e preparare il materiale per una eventuale intubazione/rianimazione, il funzionamento del respiratore, del monitor e dell'aspiratore</p>
<p>Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto</p> <p>Nelle partorienti obese o con prevedibili problemi tecnici valutare la possibilità dell'esecuzione della tecnica in posizione seduta</p>	<p>In decubito laterale vi è minor pressione liquorale e la dura è meno tesa (minor incidenza puntura durale accidentale),</p> <p>La posizione seduta aumenta la cefalea</p>
<p>Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto</p>	

<p>Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente</p>	<p>Un altro anestesista, indossati guanti sterili, cappello e mascherina, si prepara a prelevare con tecnica sterili 20 mL di sangue da una grossa vena antecubitale</p>
<p>Materiali :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ago di Tuohy 16 G o 18 G - Campetto sterile composto da: <ul style="list-style-type: none"> 1 siringa da 2,5 ml 2 siringhe da 5 ml 1 ago ipodermico 22 G 1 telo sterile 1 telo sterile con striscia adesiva sul lato lungo 5 compresse di garza piccole - 1 fiala di Lidocaina 2 % per anestesia locale - 1 fiala di soluzione fisiologica 0,9% - 1 siringa da 20 mL - 1 cerotto sterile 10x 10 cm 	<p>La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica e/o dell'infermiera di sala cesarei</p>
<p>Previa anestesia locale eseguire il blocco con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido</p> <p>Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dell'ago e iniettare molto lentamente (in almeno 2-3 minuti) 20 mL di sangue autologo</p> <p>Non si dovrebbe percepire alcuna resistenza.</p> <p>Interrompere l'iniezione se la paziente avverte una forte pressione lombare e/o dolori alle gambe (una sensazione di lieve pressione lombare è normale). Iniettare almeno 10-15 mL di sangue.</p>	<p>Con la tecnica LOR con mandrino liquido si ha una minor frequenza di puntura durale accidentale, prevenzione del pneumoencefalo ecc .</p> <p>L'anestesista che ha eseguito il prelievo di sangue lo passerà sterilmente al collega che ha eseguito il blocco perimidollare</p>
<p>Attenzione alla possibile bradicardia durante l'esecuzione del blood-patch</p>	<p>In caso di ipotensione materna somministrare efedrina In caso di bradicardia somministrare atropina</p>

<p>Alla fine della procedura la paziente deve rimanere un'ora a letto con le gambe flesse (ed un cuscino sotto di esse) per ridurre la lordosi lombare per almeno 3-4 ore. Controllare la cefalea a distanza ed annotare gli effetti in cartella clinica.</p>	<p>La cefalea si risolve usualmente entro 30 minuti, ma per risolvere una grave cefalea possono passare anche 24 ore Somministrare 500mL di Ringer Lattato con Ketoprofene 200 mg e Saldesam 4-8 mg (controllare che non vi siano controindicazioni ai FANS) Inviare un campione di sangue per emocoltura</p>
<p>Istruire la paziente come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitare sforzi eccessivi per 3-5 giorni (sollevamento di pesi, stazione eretta prolungata, sforzi improvvisi e/o prolungati, manovra di Valsalva) - Bere molto nelle 24 ore successive (acqua, the, caffè, integratore di Sali minerali, latte, brodo, ecc) 	<p>Escludere, prima delle dimissioni, eventuali segni di compressione radicolare</p> <p>Fornire alla paziente un numero di telefono dell'anestesista d'urgenza cui si potrà rivolgere per qualsiasi evenienza</p> <p>Prescrivere eventualmente una terapia con FANS per os nei giorni seguenti</p>

5.5 PROCEDURE OSTETRICO-ASSISTENZIALI

L'ostetrica assiste l'anestesista nell'esecuzione del blocco perimidollare, preparando il carrello di anestesia con un campo sterile ed il materiale occorrente per l'analgesia. Provvede a monitorare la gestante e il feto con CTG prima del blocco, durante e dopo l'esecuzione dello stesso (per almeno 20 minuti)

Durante tutto il travaglio si condividerà con l'anestesista la dilatazione cervicale, la posizione della testa fetale, e CTG. L'ostetrica provvede a segnalare l'eventuale assenza di consenso informato e la presenza di fattori di rischio importanti (preeclampsia, ipertensione, obesità, diabete, deficit della coagulazione, terapie anticoagulanti).

L'ostetrica provvede a avvertire l'anestesista:

- Quando la partoriente lo richiede ed in caso di comparsa di dolore.
- Quando si decide di far deambulare la partoriente.
- Quando si verifica un problema ostetrico (anomalie gravi del CTG, ipotensione materna, problemi che possano far prevedere un taglio cesareo).
- Al momento del parto.

La dimissione in reparto della puerpera avviene previo consenso dell'anestesista.

L'ostetrica di sala operatoria, ad ogni cambio turno deve sempre controllare che in sala operatoria siano presenti i materiali per il taglio cesareo d'urgenza e controllare che ci sia il materiale anestesilogico per la procedura di partoanalgesia.

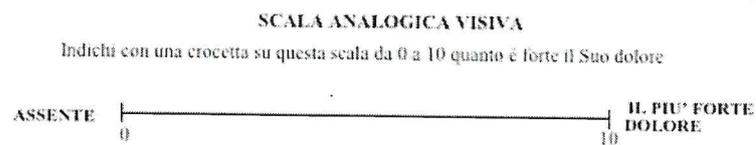
6.RESPONSABILITA'

Funzione Attività	ginecologo	ostetrica strumentista	ostetrica	Infermiere sala	neonatol ogo	Infermiere nido	Anestesista
Ambulatorio anestesiologico e raccolta consenso	I	-	I	-	-	-	CR
Reparto	R	-	R	-	-	-	C
Blocco Parto	R	C	R	-	C	C	R
Andamento travaglio	R	C	R	-	C	C	C
Espletamento parto	R	I	R	C (se TC)	C	C	C
Assistenza neonato	I	-	I	-	R	R	C
Gestione puerpera in blocco parto	R	C	R	-	-	-	C
Gestione puerpera in reparto	R	-	R	-	-	-	C

Per la gestione della donna gravida durante l'EMERGENZA Covid-19, ci si attiene al DCPM, Ulteriori disposizioni del decreto-legge 23/02/2020 n.6 , Circolare Regione Puglia PROT. AOO/055/197 del 04/03/2020 "Misure per la prevenzione del contenimento dell'emergenza Epidemiologica da Covid-19" e successivi chiarimenti 30/03/2020 (Ministero della Salute) e dalla Procedura di assistenza alla donna gravida durante emergenza COVID-19, redatto in data 10.04.2020.

ALLEGATO 1

VAS SCORE



BISHOP SCORE

SCORE DI BISHOP				
PUNTEGGIO	0	1	2	3
% Appianamento (lunghezza cervicale)	0 - 30 3 cm	40 - 50 2 cm	60 - 70 1 cm	≥ 80 0 cm
Posizione	Posteriore	Intermedia	Anteriore	-
Consistenza	Rigida	Media	Soffice	-
Dilatazione	0	1 - 2 cm	3 - 4 cm	> 4 cm
Livello PP	-4	-3	-2 -1	+1